

公益社団法人日本化学療法学会
抗菌化学療法認定薬剤師認定制度委員会 御中

抗菌化学療法認定薬剤師制度認定試験 欠席理由書

申請者

勤務先	
所属部署	
氏名 (自署)	(印)

標記新規申請について、申請者は下記の理由により認定試験を欠席することとなりますため、欠席理由書を提出いたします。

欠席理由	
令和6年1月1日発生の令和6年度能登半島地震の災害救護派遣により欠席いたします。	
派遣期間：	年 月 日 ～ 年 月 日

証明日： 年 月 日

証明者(所属部署の長)

勤務先	
所属部署	
役職	
氏名 (自署)	(印)

※ 申請者本人と証明者の自署とご捺印のうえ、指定の期日までにご提出ください。